

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N°

16

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 26 octobre 1898, à 1 heure

PAR

ALBERT DE PINDRAY

Né à Périgueux (Dordogne) le 12 mars 1871.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

DIFFICULTÉS DU DIAGNOSTIC DE L'APPENDICITE

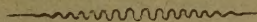
dans les cas de Hernie droite concomitante



Président : M. TILLAUX.

Juges : MM. { RÉMY, professeur.
 { DELBET, MÉRY, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.



PARIS

Imprimerie **P. DELMAR**, 29, rue des Boulangers.

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

16

Année 1898

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 26 octobre 1898, à 1 heure

PAR

ALBERT DE PINDRAY

Né à Périgueux (Dordogne) le 12 mars 1871.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

DIFFICULTÉS DU DIAGNOSTIC DE L'APPENDICITE

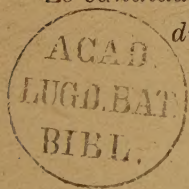
dans les cas de Hernie droite concomitante



Président : M. TILLAUX.

*Juges : MM. { RÉMY, professeur.
DEL BET, MÉRY, agrégés.*

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
différentes parties de l'enseignement médical.*



PARIS

Imprimerie **P. DELMAR**, 29, rue des Boulangers.

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.	TERRIER.
Thérapeutique.	POUCHET.
Hygiène.	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	LABOULBENE.
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale.	DIEULAFOY.
	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
Maladie des enfants.	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.	RAYMOND.
Clinique chirurgicale.	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAX.
	BERGER.
Clinique des malad. des voies urinaires.	GUYON.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique d'accouchement.	BUDIN.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM. ACHARD	MM. GILBERT	MM. MAUCLAIRE	MM. SEBILEAU
ALBARRAN	GILLE DE LA	MENETRIER	TEISSIER
ANDRÉ	TOURETTE	NELATON	THIERY
BAR	GLEYS	MÉRY	THOINOT
BONNAIRE	HARTMANN	NETTER	TUFFIER
BROCA	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER.
CHARRIN.	LEGUEU	des travaux	VAGUEZ
CHASSEVANT	LEJARS	anatomiques.	WALTHER
DELBET.	LETULLE	RETERER	WEISS
FAURE.	MARFAN	RÉMY	WIDAL
GAUCHER	MARIE	RICARD	WURTZ
		ROGER	

Secrétaire de la Faculté : M. le Docteur Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Professeur à la Faculté de Médecine,
Membre de l'Académie de Médecine,
Chirurgien des Hôpitaux,
Commandeur de la Légion d'honneur

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études, il nous reste un devoir bien doux à remplir, celui de remercier nos Maîtres qui ont bien voulu nous guider dans l'étude parfois si ardue de la médecine.

Nous tenons tout d'abord à remercier M. le docteur Guinard, qui nous a donné l'idée de notre thèse inaugurale et à l'obligeance duquel nous devons la majeure partie des observations qui y sont relatées.

Nous remercions aussi M. le docteur Peyrot, dont la bienveillance pour nous ne s'est jamais démentie, et M. le docteur Pozzi, auprès duquel, durant une année, nous avons appris la bonne et saine gynécologie.

Nous exprimons toute notre gratitude à nos maîtres de la Faculté de Bordeaux : MM. Verdalle et Dudon, et nous remercions enfin notre excellent ami, le docteur Beaussenat, qui nous a si souvent aidé de ses conseils.

Que M. le professeur Tillaux qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, nous permette de lui en exprimer ici notre bien vive et bien respectueuse reconnaissance.

INTRODUCTION

Notre intention n'est pas, dans ce modeste travail, de refaire l'histoire clinique de l'appendicite et de la hernie, ni même de tracer le tableau différentiel de ces deux affections. La chose nous mènerait trop loin et nous n'aurions, du reste, rien à ajouter aux descriptions classiques.

Notre but, plus simple, est uniquement d'appeler l'attention sur la difficulté qu'il peut y avoir parfois à faire le diagnostic d'une appendicite aiguë, subaiguë ou chronique, chez des malades porteurs depuis un temps plus ou moins long de hernie inguinale droite.

A priori, il ne semble pas que ce diagnostic soit fort difficile, mais il ne faut pas oublier que, dans l'évolution d'une hernie, peuvent survenir des accidents douloureux et d'étranglement, et que ces mêmes accidents font habituellement partie du tableau symptomatique de l'appendicite.

On conçoit dès lors qu'en présence d'une hernie manifeste et déjà ancienne, le clinicien voyant survenir des accidents de douleur ou d'étranglement ait une tendance toute naturelle à les rattacher à la hernie.

D'ailleurs, ce n'est pas une simple vue de l'esprit que

nous exprimons ici ; cette erreur de diagnostic a déjà été commise un certain nombre de fois.

Notre maître, M. le docteur Guinard, qui nous a donné l'idée de ce travail, s'est plusieurs fois trouvé aux prises avec cette difficulté et dans son article : « Appendicite », du *Traité de Chirurgie*, il a cru devoir signaler l'écueil :

« J'appelle l'attention, dit-il, sur un diagnostic qui, au premier abord, paraît d'une facilité enfantine et qui, cependant, m'a deux fois induit en erreur ; c'est celui de la hernie simple. Il semble bien qu'il n'y ait pas de méprise possible entre une hernie sans étranglement et une appendicite, mais je m'explique..... »

M. Guinard résume alors brièvement l'histoire de deux malades atteints de hernie, et atteints également tous les deux d'appendicite.

Dans le premier cas, l'appendicite avait été totalement méconnue : l'opération seule la révéla. Dans le deuxième cas, M. Guinard instruit par l'expérience avait fait des réserves, qui se trouvèrent légitimées par l'intervention.

Nous donnerons, dans le cours de ce travail, la relation détaillée de ces deux cas.

Depuis cette époque, le même auteur s'est trouvé de nouveau aux prises avec les difficultés de ce même diagnostic, dans un cas où il semblait s'agir d'une hernie étranglée.

Les recherches que nous avons faites à ce sujet nous ont permis de retrouver un autre cas où le diagnostic avait paru hésitant jusqu'à ce que l'intervention fut venue l'éclairer ; c'est le cas de Bogdanik. Cet auteur

avait pensé à une appendicite, alors qu'en réalité il s'agissait d'une épiplocèle enflammée.

D'autre part, M. le professeur Tillaux a pu, une fois, trouver une appendicite chez un malade atteint d'ectopie testiculaire, et où le diagnostic qui semblait devoir s'imposer était celui d'orchite du testicule ectopié.

En somme, d'après ce qui précède, on voit que l'appendicite a pu être masquée par une hernie simple, par une hernie en apparence étranglée, par une ectopie testiculaire et que, d'autre part, elle a pu à son tour masquer une épiplocèle enflammée.

Chacun de ces points fera l'objet d'un chapitre spécial de notre travail. Nos rapporterons, à propos de chaque cas, des observations à l'appui et nous les ferons suivre de quelques réflexions qui nous paraîtront devoir aider au diagnostic.

Nous terminerons par la relation de deux observations qui nous paraissent trouver place dans ce travail, en raison des difficultés considérables du diagnostic. Il s'agissait de hernieux avérés présentant des accidents tels qu'on pouvait faire, à chances égales, le diagnostic de hernie étranglée ou celui d'appendicite.

Dans les deux cas, il ne s'agissait en réalité ni de l'une ni de l'autre de ces affections. Dans ces deux cas particulièrement difficiles, l'opération n'a pas suffi à lever les doutes. Les deux malades ont succombé et l'autopsie a donné la clef du diagnostic.

CHAPITRE I.

APPENDICITE SUBAIGUE SIMULANT UNE HERNIE SIMPLE

M. Guinard en a observé deux cas. Dans le premier, la confusion fut absolue. Dans le second, toutes les réserves avaient été faites et se sont trouvées justifiées.

Voici ces deux observations :

OBSERVATION I (Inédite)

Appendicite simulant une hernie inguinale droite douloureuse. — Laparotomie. — Guérison.

(Nous devons cette observation à l'obligeance de M. le Docteur Guinard).

Marie L..., domestique âgée de 23 ans, entre le 25 Février 1897 à l'hôpital Lariboisière, salle Elisa Roy. Cette jeune femme demande à être débarrassée d'une hernie inguinale droite, de la grosseur d'un petit œuf de poule, qu'elle porte depuis deux ans. Elle n'est pas venue, dit-elle, réclamer plus tôt le secours du chirurgien parce que jusqu'ici sa hernie ne l'a nullement incommodée ; et si à l'heure actuelle elle désire une intervention, c'est que depuis une quinzaine de jours elle souffre du côté droit du ventre au point de ne pouvoir continuer son travail.

Le diagnostic de hernie inguinale droite irréductible et

douloureuse étant porté, M. le Docteur Guinard fait, le 1^{er} Mars, la cure radicale de la hernie. A l'ouverture du sac, il trouve l'épiploon solidement adhérent à la paroi séreuse ; il sectionne ces adhérences et attire au dehors une masse épiploïque du volume du point. Il résèque cette masse sous une double soie passée en anse au niveau du pédicule. Au moment où, les fils coupés au ras du pédicule, ce dernier est refoulé dans la cavité abdominale, on s'aperçoit qu'il s'écoule par l'orifice herniaire une quantité considérable de sang.

M. Guinard, supposant que la ligature de l'épiploon n'a pas été suffisamment serrée et qu'il s'est produit une hémorragie intra-péritonéale au niveau du pédicule épiploïque, agrandit aussitôt, avec les ciseaux, sa première incision pour aller à la recherche de ce pédicule dans le ventre. Au cours de ces manœuvres, il rencontre l'appendice cœcal, turgescent et dur, (comme en érection), et contenant deux calculs allongés. Il s'aperçoit en même temps que le moignon épiploïque ne saigne pas et qu'il avait pris pour une hémorragie l'effusion d'une sérosité péritonéale teintée de sang.

Il résèque alors l'appendice au ras du cœcum sous un fil de soie ; puis après avoir réséqué le sac, il referme soigneusement plan par plan son incision de la paroi abdominale. 3 soies placées en U sur les piliers, ferment complètement le canal inguinal.

La guérison étant parfaite, sans aucun incident, la malade quitte l'hôpital.

A l'examen, l'appendice ouvert montre des parois épaisses avec une muqueuse rouge couverte d'arborisations ; le méo-appendice est dur, comme infiltré et rétracté. Les

deux calculs contenus dans la cavité de l'appendice ont la forme de petits noyaux de dattes et sont constitués par des sels.

OBSERVATION II (Inédite)

Appendicite simulant une hernie inguinale droite douloureuse. — Laparatomie. — Guérison.

(Due à l'obligeance de M. le docteur Guinard).

Jules C., garçon marchand de vins, âgé de 24 ans, entre le 21 Avril 1897 à l'hôpital Lariboisière, salle Nélaton, lit n° 33. Il porte dans la région inguinale droite une hernie irréductible du volume d'un œuf de poule. Le malade dit avoir reçu, il y a 4 ans, un coup de pied de cheval dans cette région, et depuis cette époque il est pris chaque année de crises douloureuses au niveau de la fosse iliaque droite. Il attribue ces douleurs à la présence de sa hernie, et, de fait, un examen attentif de la région ne montre rien d'anormal dans la fosse iliaque droite. Il y a cependant un point très douloureux à la pression, nettement localisé au milieu de la ligne qui unit l'ombilic à l'épine iliaque antérieure et supérieure.

Comme la hernie est molle et rénitente sans aucun signe de douleur à la pression ou à la percussion, M. Guinard pense à l'observation de la jeune femme que nous avons relatée dans l'observation I et conclut à l'existence d'une appendicite subaiguë analogue à celle qu'il avait opérée six semaines auparavant.

Le 26 Avril, M. Guinard opère ce malade. Il fait une incision suivant le tracé de Roux et arrive sur un appendice

infecté, épaissi, raccourci, adhérant intimement à une masse épiploïque. Il résèque au thermo-cautère, sous un fil de soie, l'appendice à son insertion cœcale. Le fil de soie ayant coupé le méso-appendice épaissi et friable, M. Guinard est obligé de faire à ce niveau un surjet à la soie. Il résèque ensuite l'épiploon avec le diverticule herniaire qu'il a attiré de bas en haut dans le ventre.

Une petite quantité de liquide séreux teinté de sang s'est écoulée de la cavité abdominale au cours de l'opération.

La paroi est reconstituée, plan par plan, sans drainage et le malade quitte l'hôpital le 4 juin, guéri sans incident.

A l'examen, l'appendice est gros comme le petit doigt sur ses 4/5^e terminaux ; il est sain au niveau du cœcum. Il paraît dur, arborisé et congestionné sur le reste de son étendue. A la coupe on voit que cet appendice est constitué à partir du sommet, sur une étendue de 1 centimètre par un véritable tissu fibreux compact, sans canal central perméable ; puis sur une étendue de 2 centimètres la muqueuse présente une ulcération circulaire, profonde, à fond bouillonneux, fongueux, qui fait penser à une ulcération de nature tuberculeuse. Cet appendice ne contient pas de corps étrangers.

Réflexion. — On s'explique facilement à la lecture de ces observations que l'erreur ait été commise dans l'Observation I, où l'on ne trouve en somme aucun signe qui peut faire songer à l'appendicite. Peut-être la recherche des antécédents et l'étude de la température auraient-elles pu éveiller des doutes dans l'esprit, mais rien ne nous permet de l'affirmer.

Ce qui s'en dégage néanmoins d'intéressant, c'est la présence de ce liquide sanguinolent et libre au niveau de l'appendice et qu'on ne trouve pas signalé dans les cas d'appendicites latentes, en quelque sorte, subaiguës tout au moins.

Il est probable que dans ce cas il s'agissait d'une péri-appendicite séreuse analogue aux péri-salpingites et aux péri-métrites séreuses.

Dans l'Observation II, par contre, il nous semble que le diagnostic d'appendicite devait assez aisément être fait. Ces crises antérieures datant de 4 ans, la notion d'un traumatisme dans cette région ayant précédé les crises (on sait qu'il y a des appendicites traumatiques) et surtout cette douleur localisée au point de Mac Burney, alors que la hernie était elle-même molle et indolente spontanément et à la pression, semblaient ne pas permettre une discussion bien longue.

Sans doute M. Guinard s'est inspiré, pour arriver à son diagnostic, de l'Observation I, mais nous croyons que même en l'absence du fait antérieur son diagnostic eut été néanmoins celui d'appendicite, car à part l'élévation thermique qui n'est pas signalée, qui n'a peut-être pas été recherchée et qui d'ailleurs peut très bien ne pas exister aucun élément important du diagnostic ne faisait défaut.

CHAPITRE II

APPENDICITE SIMULANT UNE HERNIE ÉTRANGLÉE

L'Observation qui fait l'objet de ce chapitre est particulièrement intéressante en ce sens qu'il ne s'agissait pas ici d'une appendicite légère, subaiguë, mais bien d'une appendicite gangréneuse avec péritonite généralisée consécutive.

OBSERVATION III (inédite)

*Appendicite calculeuse et hernie inguinale droite
irréductible. Laparotomie. Mort*

(Due à l'obligeance de M. le Dr Guinard).

Anne R. domestique, âgée de 55 ans, entre d'urgence à l'hôpital Lariboisière, salle Elisa Roy, le 6 septembre 1898.

Depuis longtemps la malade est atteinte d'une constipation opiniâtre qui nécessitait l'usage répété de purgatifs et de laxatifs. Elle attribue cet état à une hernie inguinale droite irréductible qu'elle porte depuis 15 ans et sur laquelle elle ne peut appliquer de bandage.

Cette malade a été prise il y a huit jours de phénomènes d'obstruction intestinale. L'état général s'étant considérablement aggravé depuis 24 heures la malade est transportée

dans un service de médecine, d'où elle est transférée salle Elisa Roy avec le diagnostic de hernie étranglée. Les vomissements ne cessent plus et sont devenus fécaloïdes; le facies est très altéré; le pouls est petit, dépressible et rapide (120). La température est de 38°,3.

A l'examen on trouve le ventre ballonné, bien que la malade rende quelques gaz par l'anus; il est douloureux sur toute son étendue, mais surtout dans la fosse iliaque droite. On trouve en outre à la percussion une zone de matité très nette à ce niveau. La hernie du volume d'un œuf de dinde occupe le canal inguinal droit, elle est molle, rénitente, mate à la percussion et absolument indolore. Aussi en raison de l'élévation de la température, de la matité de la fosse iliaque droite, de la persistance de l'émission des gaz par l'anus et de l'examen physique de la hernie, on élimine le diagnostic d'étranglement herniaire porté tout d'abord et l'on pense à une appendicite.

L'opération est dirigée dans ce sens. On fait l'incision classique de Roux et, après avoir traversé une paroi œdématiée, on donne issue à une quantité considérable d'un liquide infect mêlé de grumeaux et de boulettes de matière fécale durcies. On trouve, libre dans le ventre, l'appendice sphacélé sur toute sa longueur avec une large ouverture du cœcum à son insertion. On fait aussitôt une incision symétrique à gauche et une incision médiane sous-ombilicale. Après un lavage prolongé de la grande cavité péritonéale on draine soigneusement avec des tubes en caoutchouc et de la gaze stérilisée. Mais malgré les injections sous-cutanées de sérum, répétées à hautes doses (2 litres par jour) et tous les adjuvants usités en pareil cas la malade succomba le 3^e jour.

Au cours de toutes ces manœuvres on avait reconnu que

la hernie inguinale droite ne contenait qu'une masse épiploïque épaissie et adhérente au fond du sac.

Il n'a pas été fait d'autopsie.

Réflexions. — Ce qui frappe dans ce cas c'est l'altération de l'état général, l'élévation de température, les vomissements fécaloïdes, la matité dans la fosse iliaque droite et la constatation d'une hernie inguinale irréductible.

A la rigueur, étant donné ce commémoratif d'une hernie déjà ancienne, la constatation du ballonnement du ventre et les vomissements fécaloïdes pouvaient en imposer par des accidents d'étranglement herniaire.

Mais l'obstruction intestinale n'était pas absolue puisque les gaz passaient encore par l'anus. Ce signe a une grande valeur diagnostique.

Nous savons bien que le simple engouement herniaire peut donner lieu à des vomissements et à du ballonnement du ventre, tout en laissant quelquefois le bout inférieur perméable aux gaz. Mais dans le cas présent ce diagnostic était peu probable, vu l'état général grave et l'absence des douleurs au niveau de la hernie.

Nous savons aussi que dans certains cas de hernie étranglée on peut après plusieurs jours d'obstruction en apparence absolue voir reparaitre les gaz et même des selles. C'est qu'alors la perforation s'est faite par gangrène de l'anse herniée. Cette hypothèse devait être également repoussée dans le cas qui nous occupe, parce qu'alors nous aurions eu d'autres signes de péritonite herniaire et de gangrène intestinale : sonorité de

l'anse herniée (or la hernie était mate) rougeur, chaleur de la peau à son niveau (ce qui n'existait pas) et enfin de la douleur.

D'ailleurs, même dans les cas où la hernie étranglée se complique de péritonite, il est rare qu'on puisse constater une élévation de température.

Le diagnostic de péritonite par perforation de l'appendice paraissait donc beaucoup plus pleinement justifié.

CHAPITRE III

APPENDICITE SIMULANT UNE ORCHITE DU TESTICULE DROIT EN ÉTAT D'ECTOPIE

Nous n'avons trouvé qu'un cas de ce genre dans la littérature médicale.

Le voilà tel qu'il est rapporté dans le *Journal de Médecine et de Chirurgie Pratiques* de 1894. Page 842.

OBSERVATION VI

M. le professeur Tillaux a eu à soigner à l'Hôtel-Dieu, un garçon de 28 ans, entré pour une douleur siégeant dans la fosse iliaque droite.

En raison de diverses particularités et de ce fait que le testicule n'existait que du côté gauche du scrotum le diagnostic porté fut : orchite du testicule droit en état d'ectopie.

Comme le malade souffrait constamment depuis longtemps et ne pouvait travailler, l'ablation de la tumeur fut proposée, mais on trouva non le testicule mais l'appendice œcal, de la grosseur du pouce environ, globuleux et qui fut extirpé.

L'opération avait été évidemment indiquée et eut d'excellents résultats, mais le diagnostic était erroné.

Réflexion. — Cette Observation se passe de commentaires et l'erreur était évidemment fatale pour deux raisons. La première c'est que le testicule droit n'était pas dans le scrotum, et la seconde c'est que la confusion a été commise par un clinicien tel que M. le professeur Tillaux.

CHAPÎTRE IV

OBSERVATION V

Epiplocèle droite subaiguë simulant une appendicite

(Observation tirée du Wiener Medizinische Presse) 1898 p. 617

J. Bogdanick.

Siegfried P..., âgé de 24 ans, porté depuis trois ans dans le canal inguinal droit une hernie réductible qui jusqu'ici ne l'a pas incommodé.

Le 17 août 1897, le malade fut pris subitement de vomissements et de douleurs violentes dans la région du cœcum.

Il rentre à l'hôpital le 19 août.

L'aspect du malade n'est pas mauvais, sa température est de 37°8, le pouls bat à 104. Il présente dans la région cœcale une tuméfaction douloureuse qui se dirige en haut.

La peau qui recouvre cette tumeur est rouge. Le malade ne rend ni selles, ni gaz par l'anus, les vomissements sont fréquents. On lui fait prendre de la teinture d'opium et l'on place sur la tumeur des compresses de créoline. Le soir, la température monte à 38°9. Dans la nuit, le malade, après avoir beaucoup souffert, va à la selle et rend des gaz. Bien que dès ce moment son état se soit fort amélioré, on lui donne un lavement. Les phénomènes s'amendent et le 23 août la fièvre a complètement disparu.

Le 30 août, la rougeur des téguments n'existe plus,

mais la tumeur de la région cœcale persiste, quoique moins douloureuse. L'anneau inguinal droit laisse passer facilement le doigt, et en faisant tousser le malade, on sent une expansion mais sans sortie d'intestin. Le diagnostic de hernie droite coïncidant avec une appendicite est alors porté, et les phénomènes inflammatoires ayant disparu, on se décide à opérer.

Le 30 août, on fait une incision, comme pour une cure radicale de Bassini : on dissèque le canal déférent et l'on sent dans le sac un cordon mince. A l'ouverture du sac on voit que ce cordon est constitué par de l'épiploon de l'épaisseur d'un gros fil. L'une des extrémités de ce cordon est adhérente au fond du sac, l'autre se perd dans la région cœcale. Pour arriver sur la tumeur, l'incision est prolongée jusqu'au bord des fausses côtes droites. Le péritoine incisé permet de voir la tumeur, marbrée, d'un jaune sale et de consistance assez ferme. Cette tumeur donnait l'impression d'une collection purulente, ce qui fut reconnu faux ensuite.

On trouve, en effet, que cette tumeur est constituée par de l'épiploon hypertrophié et adhérent au péritoine pariétal. On attire au dehors cet épiploon, qu'on lie au catgut et qu'on resèque. Le bout central est réduit dans la cavité abdominale. L'extrémité périphérique est libérée de ses adhérences avec la main. On trouve alors que l'épiploon n'adhère pas seulement au péritoine pariétal, mais qu'il est intimement uni au colon ascendant, à l'intestin grêle et au cœcum.

L'appendice quoique un peu hyperhémie est sain et normal; il est enclavé dans la tumeur mais se laisse facilement énucléer, et séparer de la partie filiforme de l'épi-

ploon contenue dans le sac. Il existe aussi un autre prolongement plus épais descendant dans le petit bassin et que l'on détache aussi avec la main.

Le champ opératoire est nettoyé avec de la gaze aseptique et les parois abdominales sont suturées. On laisse des drains dans le petit bassin et l'on termine par une cure radicale de Bassini. On fait un pansement à la gaze iodoformée. L'opération a duré 105 minutes.

Le jour de l'opération, le malade a des vomissements et des douleurs assez violentes qui se calment le jour suivant, il rend des gaz et le ventre n'est pas ballonné. Le soir, la température monte à 37°5 et descend le lendemain à 36°9.

Le 3 septembre, on change le pansement et on enlève les drains. Le 7, on fait un nouveau pansement et on enlève les points de suture.

Le malade est repris par la fièvre du 12 au 16 septembre, sa température s'élève à 39°, et cela à cause d'un petit abcès formé à la partie interne de la cicatrice.

Le malade sort guéri de l'hôpital, le 21 septembre.

L'auteur fait au sujet de cette Observation les réflexions suivantes :

« Dans ce cas, dit-il, le diagnostic était impossible avant l'opération, tous les symptômes éprouvés par le malade étant des symptômes d'appendicite. On trouva du reste une inflammation adhésive de l'appendice.

Ce cas est exceptionnel ; aucun autre cas de ce genre n'étant signalé dans la littérature médicale. »

Ces réflexions paraissent suffisantes et nous voudrions n'y rien ajouter. Et cependant on peut se demander, étant donnée l'inflammation manifeste de l'épiploon, et

ses adhérences au cœcum, à l'appendice, au colon ascendant, à l'intestin grêle et au petit bassin, si cette lésion de l'appendice, dont parle l'auteur, et qu'il considère comme négligeable, ne serait pas elle-même la cause de l'épiploïte.

En d'autres termes les adhérences épiploïques ne seraient-elles pas le reliquat d'une péritonite appendiculaire. Il est tout au moins logique d'émettre une pareille hypothèse. En effet, la lecture de l'Observation nous montre surtout des accidents de péritonite localisée à la région cœcale. De même les lésions rencontrées au cours de l'opération (adhérences de l'épiploon au cœcum, au colon ascendant, à l'appendice, au petit bassin), sont celles d'une péritonite localisée. Toute la scène s'est passée dans la fosse iliaque droite. Que l'épiploon ait été infecté, la chose est certaine, mais la cause de cette infection au lieu de rester indéterminée et inexplicable ainsi que le considère l'auteur pourrait être due à l'appendicite. Sans doute les lésions macroscopiques de cet organe sont peu importantes et tout se borne à un peu d'épaississement et à des adhérences. Mais combien de faits ont été rapportés où l'appendice avait paru sain, *absolument sain même*, dépourvu de la moindre adhérence, du moindre épaississement, et où cependant l'examen histologique venait démontrer la réalité de la lésion. Tout récemment encore M. Glantenay publiait dans la *Presse Médicale* du 16 Avril 1898, l'observation d'un jeune homme de 21 ans qui avait eu à deux reprises différentes des accidents qui parurent tellement

dus à une appendicite que le ventre fut ouvert. Retourné sur toutes ses faces l'appendice ne présentait aucune lésion macroscopique : « appendice absolument normal, sans la moindre trace de réaction inflammatoire sur la séreuse voisine, » dit l'Observation. On pensa à une pseudo appendicite nerveuse et on referma le ventre. Le malade parut guéri. Deux mois après il revenait avec des accidents semblables et on pratiquait de nouveau « la laparotomie pour réséquer de parti-pris l'appendice ileo-cæcal ». Celui-ci paraissait toujours exempt de lésions et l'adhérence lâche qui le réunissait au péritoine était due à la première intervention.

L'appendice fut envoyé à M. Letulle qui le trouva oblitéré dans toute sa hauteur et représentant « un moignon cicatriciel d'appendicite oblitérante atrophique ».

Combien n'avons-nous pas plus de raisons de penser que dans le cas de M. Bogdanick l'appendice pouvait être malade. Le fait d'un diagnostic difficile n'en subsiste pas moins, mais les signes étaient surtout en faveur de l'appendicite.

CHAPITRE V

OBSERVATION VI (Inédite)

Hernie inguinale droite et infection gonococcique du péritoine simulant une appendicite. Laparotomie. Mort

(Duc à l'obligeance de M. le Dr Guinard).

Le 15 mai 1895, M. Guinard est appelé d'urgence comme chirurgien de garde à l'hôpital Beaujon dans le service de M. Théophile Anger.

Il s'agit d'un homme de 30 ans qui a eu, il y a cinq mois, une poussée de coliques avec vomissements. Soigné à cette époque par M. Rigal et guéri par des moyens médicaux, il est revenu, il y a douze jours, après s'être bien porté jusque-là, revoir M. Rigal pour des accidents analogues. Comme la première fois, il a été traité médicalement avec des purgatifs et des pommades belladonnées et mercurielles en applications sur la région douloureuse. Mais aujourd'hui, il vomit incessamment et les douleurs ont augmenté, ce qui l'engage à entrer à l'hôpital.

L'état général est mauvais ; le facies est grippé, abdominal ; les yeux sont cernés, excavés ; la langue est sèche et rôtie ; il n'y a pas eu, en outre, de selles ni d'émission de gaz par l'anus depuis vingt-quatre heures. Le ventre est modérément ballonné, douloureux à la palpation qui per-

met cependant de sentir un léger empâtement à droite au niveau du canal inguinal. Le malade porte habituellement, dans cette région, un bandage qui contient mal une hernie inguinale droite du volume d'un petit œuf.

Tous les accidents que ce malade présente peuvent être attribués à cette hernie qui serait le siège d'un étranglement. Cependant, la douleur du ventre à la palpation, la température qui est de 38°, font croire à l'existence d'une appendicite avec collection purulente bas située.

Le malade endormi à l'éther est porté à la salle d'opérations. On fait une incision oblique le long du trajet inguinal et l'on rencontre tout d'abord le cordon spermatique très épaissi et induré. En incisant avec précaution en dedans du cordon, on tombe dans une collection purulente à pus crémeux, épais, non fétide, situé le long du canal déférent à sa partie interne. On vide ainsi une poche qui peut contenir environ un verre de pus. On se borne à faire un drainage de cette cavité après l'avoir préalablement lavée.

Après une amélioration notable qui suit immédiatement l'opération, les accidents reparaissent le cinquième jour. Le ventre est ballonné, les vomissements se sont renouvelés. M. Lejars pratique alors une laparotomie médiane sous-ombilicale qui donne issue à une notable quantité de pus. Mais le malade succombe néanmoins le huitième jour.

On avait pensé qu'il s'agissait là d'une appendicite avec infection péritonéale, circonscrite au début, mais généralisée ensuite; mais l'autopsie a démontré que l'appendice était absolument sain et normal, et que le petit bassin était rempli de pus contenant des gonocoques. Il s'agissait en réalité d'une infection gonococcique du péritoine qui avait

débuté par une déférentite au cours d'une blennorrhagie. Le péritoine du sac herniaire avait été infecté par voisinage immédiat avec le canal déférent.

OBSERVATION VII

(Due à l'obligeance du Docteur Beaussenat).

*Hernie inguinale droite. Signes d'étranglement. Opération :
Hernie et péritonite suppurée.*

Il s'agit d'un malade de 50 ans entré dans le service de M. le docteur Monod, salle Blandin, en 1894, à l'hôpital Saint-Antoine.

Ce malade est un homme fort et très robuste. Il est couvreur.

Il n'a jamais eu de maladies sérieuses, mais depuis 15 ans il est porteur d'une hernie inguinale droite, indolente et réductible.

Ce malade ne donne sur son état de santé pendant les jours qui ont précédé son entrée, aucun renseignement spécial. Il ne s'était pas trouvé fatigué. Et, de fait, le jour même de son entrée à l'hôpital, il sortait de chez lui, à l'heure habituelle, pour aller reprendre un travail qu'il avait déjà commencé la veille. En descendant un escalier, il tombe violemment et se relève avec une douleur très vive au niveau du pli de l'aîne. Comme depuis plus d'un an il ne portait plus de bandage pour contenir sa hernie, il crut à un accident de ce côté et rentra chez un marchand de vins voisin afin « de la faire rentrer si elle était trop sortie ». De fait, cette hernie était plus grosse au dire du malade qu'à l'ordinaire. Il essaya de la réduire, mais la douleur l'empêcha de pro-

longer ces tentatives de réduction. Il rentre chez lui, courbé en deux, et souffrant beaucoup, et applique sur cette hernie des cataplasmes. A midi, il prend du bouillon et le vomit aussitôt. Il a un second vomissement à 2 heures de l'après-midi et envoie chercher un médecin qui constate la hernie, la déclare étranglée, cherche à la réduire, mais, voyant que le taxis est rendu impossible par la douleur, envoie le malade à l'hôpital.

Nous le voyons à son entrée. Il présente dans la région inguinale droite une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, tendue, très douloureuse, sonore à la percussion, et au niveau de laquelle la peau est rouge. La douleur remonte au-dessus de l'arcade de Fallope, mais elle est d'autant moins vive que l'on s'éloigne davantage de la hernie. Le taxis détermine une vive douleur dans l'aîne. Le ventre n'est pas ballonné, ou tout au moins ne paraît pas ballonné; mais comme le malade est un peu obèse, on ne peut bien apprécier ce signe. Depuis l'accident, il n'a eu ni gaz par l'anus, ni selles. Mais il y a eu deux vomissements.

Le diagnostic de hernie étranglée étant porté, le malade est transporté à la salle d'opération.

Incision des téguments parallèles au pli de l'aîne. Le sac est mis à découvert et incéré. Il contient un peu de sérosité louche et une anse intestinale distendue par des gaz et très rouge, comme enflammée. La réduction en étant impossible, j'introduis l'index dans l'anneau pour le débrider et je suis frappé de ce fait que l'étranglement n'est pas serré. Mais je débride néanmoins parce que l'intestin ne se laisse pas réduire. L'intestin refoulé dans l'anneau ne remontant pas dans l'abdomen, je le repousse avec le doigt introduit profondément. Lorsque je retire mon index du ventre ma

surprise est grande de voir sortir à sa suite, par l'orifice herniaire, une quantité qu'on peut évaluer à un demi litre de pus jaunâtre, bien lié et pas fétide. L'incision est immédiatement prolongée par en haut. La région cœcale baigne dans le pus, mais ni l'appendice ni le cœcum ne paraissent la cause de cette péritonite suppurée. En dedans, on trouve du pus dans tout le petit bassin, et on l'évacue. Les anses intestinales grêles sont rouges et agglutinées au-dessus. Pensant que cette péritonite est peut-être localisée et craignant par des manœuvres plus audacieuses dans le but de retrouver la cause, de généraliser l'inflammation, on se contente d'établir un bon drainage avec de la gaze et deux gros drains.

Les vomissements continuèrent. Le lendemain matin le malade mourait avec 36° de température et le faciès péritonéal sans avoir évacué ni gaz, ni matières par l'anus.

L'autopsie complète ne put être faite. Je pus néanmoins retirer de l'abdomen par la plaie opératoire, tout le gros intestin, l'S iliaque et le rectum. La péritonite était généralisée et il y avait du pus jusque sous le foie.

A l'ouverture, le gros intestin est absolument sain. Mais par contre l'intestin grêle présente à 1 millimètre de la valvule ileo-cœcale, une perforation circulaire à bords nets et comme taillés à l'emporte-pièce. A ce niveau, l'intestin grêle n'était le siège d'aucune autre lésion. Dans tous les autres points de l'intestin grêle, on note une intégrité absolue de l'organe.

Nous n'avons jamais été renseigné au juste sur la nature de cette perforation. Notre collègue et ami Macaigne, à qui nous montrâmes les pièces, a pensé qu'il s'agissait d'une ulcération tuberculeuse. En l'absence de signes certains

d'une lésion de cette nature, il y a peut-être lieu de se demander s'il ne s'agissait pas d'une ulcère simple.

Réflexions. — Quoique ces deux observations ne se rattachent qu'indirectement à notre sujet, nous avons tenu cependant à les rapporter ici, à cause de la difficulté même du diagnostic et de l'impossibilité presque absolue de par l'étude clinique du malade, de faire un diagnostic autre que celui de hernie étranglée ou d'appendicite aiguë. Il est certain, en effet, que dans l'Observation VI, la température, la douleur dans le ventre, l'état général mauvais, permettaient de porter le diagnostic d'appendicite et de rattacher à la péritonite appendiculaire les accidents d'obstruction. Et cela, d'autant plus que les crises antérieures soignées par M. Rigal avaient de grandes chances d'être des crises appendiculaires et que, d'ailleurs, les abcès dûs à une déférentite à gonocoques sont rien moins que fréquents, sous cette modalité clinique tout au moins.

Dans l'Observation VII, de même, il semble que le diagnostic de hernie étranglée ne put être discuté. Sans doute, il est regrettable que la température n'ait pas été prise, mais les accidents paraissaient si nets, les signes de hernie étranglée étaient si complets que l'hésitation ne semblait pas possible, et que tous les accidents pouvaient lui être attribués. Le ventre ne paraissait pas ballonné, il y avait eu seulement deux vomissements à l'occasion d'ingestion d'aliments, il n'y avait eu ni selles ni gaz, et la hernie était douloureuse. Le début s'était

fait brusquement par une douleur dans la région inguinale droite, au niveau d'une vieille hernie habituellement bien contenue, à l'occasion d'un mouvement violent, chez un homme dont l'état général est bon et qui déclare que, la veille et le matin encore, il était en parfait état de santé.

Il faut néanmoins retenir le fait d'une confusion possible entre l'appendicite, dont les signes étaient assez nets dans ce cas, avec une déférentite blennorrhagique. La situation bas placée de la collection et les commémoratifs seront les guides les plus sûrs. Et néanmoins, la difficulté peut être considérée comme très souvent insurmontable avant l'opération tout au moins, étant donnée la possibilité d'une hernie de l'appendice et d'une gangrène et suppuration consécutive dans le sac herniaire.

Ce qui se dégage de la deuxième Observation, c'est la possibilité d'une péritonite suppurée absolument latente pouvant en imposer pour une hernie étranglée. A vrai dire, il n'y avait pas ici hernie étranglée, mais l'intestin enflammé, consécutivement à la péritonite, avait dû contracter des adhérences légères avec le péritoine avoisinant le collet du sac. D'autre part, comme il était paralysé par la même cause, il avait résisté aux taxis et, ne pouvant plus rentrer dans le ventre, donné lieu à de véritables phénomènes d'étranglement. De là cette précaution à prendre dans les cas où, avec des signes de hernie étranglée et d'intestin hernié très enflammé, mais avec stricture modérée, de prolonger l'incision. On

pourra découvrir derrière, soit une péritonite par appendicite, soit une péritonite par perforation intestinale. Dans les deux cas, pour peu qu'il y ait des doutes sur l'enkystement du pus (doutes que peuvent faire naître la présence de liquide louche dans le sac et la rougeur inflammatoire de l'anse herniée), il faudra faire une large laparotomie. Ce sera la seule chance, dans un cas aussi grave, de sauver le malade.

CHAPITRE VI

De l'examen de toutes les observations qui précèdent, se dégage cet enseignement qu'à côté d'erreurs absolument fatales et que commettra le clinicien même le plus expérimenté (tel est le cas de l'ectopie testiculaire de M. le professeur Tillaux, et celui de l'épiplocèle de M. Bogdanik), il faudra redoubler d'attention et faire un examen clinique minutieux toutes les fois qu'un malade atteint de hernie inguinale droite présentera des signes un peu anormaux, et ne cadrant pas d'une façon absolue avec la hernie constatée.

Les éléments du diagnostic seront (surtout dans les cas de hernie simple) la localisation de la douleur, l'élévation de la température, la notion d'une vieille inflammation de l'intestin, le début habituellement brusque et un état général légèrement plus altéré que ne le comporte le simple fait d'une hernie simple.

La réunion de ces signes permettra le diagnostic d'appendicite.

La constatation de quelques-uns d'entre eux seuls n'aura pas assurément la même valeur, mais en suscitant des doutes dans l'esprit, permettra une intervention

plus méthodique et une plus grande prise en considération des incidents opératoires qui peuvent survenir.

Lorsque au lieu d'une hernie simple en apparence, il y aura des signes d'étranglement, pour peu que ces signes ne soient pas absolument classiques, il faudra songer à l'appendicite et s'informer du mode de début, de la température et des antécédents.

On n'oubliera pas à ce sujet que l'appendicite est en réalité une péritonite localisée ou généralisée, qu'elle s'accompagne dans la grande majorité des cas d'une élévation de température inconnue dans la hernie étranglée, et que les signes d'obstruction intestinale, si complets dans la hernie étranglée, ne sont généralement qu'ébauchés dans l'appendicite.

Pour nous résumer en peu de mots, nous dirons que toutes les fois qu'on se trouvera en présence de malades atteints de hernie droite, il faut songer à l'appendicite et ne pas rapporter à la hernie tous les accidents qui surviennent.

CONCLUSIONS

1° Le diagnostic entre une hernie et une appendicite est ordinairement facile ; mais si l'appendicite survient chez des malades atteints de hernie inguinale droite ce diagnostic peut offrir des difficultés ;

2° On aura toujours tendance à rattacher à une hernie douloureuse simple, une appendicite légère, subaiguë ou chronique ;

3° De même les accidents de pseudo étranglement que l'on peut observer au cours de l'appendicite pourront chez un malade atteint de hernie ancienne irréductible, faire penser à une hernie étranglée ;

4° Toutes les fois que les accidents douloureux ou d'étranglement surviendront chez des malades atteints de hernie inguinale droite, il faudra penser à la possibilité d'une appendicite ;

5° La connaissance exacte des commémoratifs, l'examen clinique approfondi, la recherche minutieuse du point maximum de douleur, l'étude thermométrique, permettront de confirmer ou d'infirmer cette hypothèse ;

6° Des épiplocèles enflammées pourront revêtir le tableau clinique de l'appendicite à tel point qu'un dia-

gnostic différentiel soit impossible. Mais dans ce cas il faudra savoir que l'appendice peut être en cause et toujours l'explorer ;

7° Lorsque on aura porté un diagnostic de hernie, simple ou étranglée, si par hasard au cours de l'intervention on constate quelque chose d'anormal, telle par exemple la présence d'un peu de sérosité, ou un épiploon légèrement enflammé, il faudra prolonger son incision et aller explorer l'appendice afin de voir s'il n'est pas la cause de l'incident opératoire.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- GUINARD. — Traité de chirurgie. T. VII.
- BOUILLY. — Ascite essentielle des jeunes filles. Gazette médicale de Paris, 20 décembre 1896. P. 612.
- TALAMON. — Causes d'erreurs dans le diagnostic de l'appendicite. Médecine moderne, janvier 1892. P. 15.
- PÉYROT. — De l'intervention chirurgicale dans l'obstruction intestinale. Th. d'agrégation de Paris 1880.
- TILLAUX. — Diagnostic appendiculaire. Journal de médecine et de chirurgie pratiques, 1894. P. 842.
- BOGDANIK. — Epliplocele dextra subacuta appendicitem simulans. — Wiener medizinische Presse 1898. P. 617.
- GLANTENAY. — Presse médicale, 16 avril 1898.
- DIEULAFOY. — Appendicite. Manuel de Pathologie interne. T. III. P. 299.
- TERRIER. — Epiplocèle enkystée et enflammée. Bulletin soc. chirurgie, 1883. T. IX. P. 432.
- LEGUEU et BEAUSSENAT. — Appendicites à formes néoplasiques. Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale n° 2. Avril 1898.
- JALAGUIER. — Appendicite. Traité de chirurgie. Duplay et Reclus. T. VI. P. 601.



Vu, le Doyen,
BROUARDEL

Vu par le Président de la Thèse,
TILLAUX

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD

